COLL. REG. MED. LOND.
MDXVIII
Ο ΒΙΟϹ
ΒΡΑΧΥϹ Η
ΔΕ
ΤΕΧΝΗ
ΜΑΚΡΗ

THESE

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

A herniotomia e os processos italianos da cura radical da hernia inguinal

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 11 DE JANEIRO DE 1897

PARA SER SUSTENTADA PELO

Dr. Ruggero Nesi

Formado pela Universidade de Roma

Afim de poder exercer a sua profissão na Republica dos Estados-Unidos do Brazil.

RIO DE JANEIRO

Typ. do *Jornal do Commercio*, de Rodrigues & C.

59-61 — Rua do Ouvidor — 59-61

1897

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

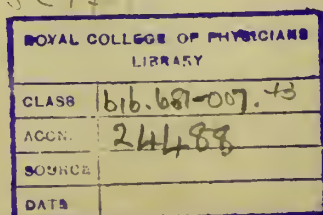
Drs. :

João Martins Teixeira..................	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos...........	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro..................	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma...........	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.................	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz........	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho................	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira.................	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães..........	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes.......	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme..............	Anatomia medico-cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti.............	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré......	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas............	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga.........	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior............	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima..........	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria........	Hygiene e Mesologia.
Antonio Rodrigues Lima.............	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro...........	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo....................	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Francisco de Castro..................	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.......	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho..........	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa...............	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu................	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão...........	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro................	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade......................	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

Drs.:

1.ª secção..........................	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2.ª »	Oscar Frederico de Souza.
3.ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4.ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5.ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6.ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7.ª »	Bernardo Alves Pereira.
8.ª »	Augusto de Souza Brandão.
9.ª »	Francisco Simões Corrêa.
10.ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11.ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12.ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DISSERTAÇÃO

A herniotomia e os processos italianos da cura radical da hernia inguinal

A herniotomia e os processos italianos de cura radical da hernia inguinal

HERNIOTOMIA

A' descripção dos processos italianos de cura radical da hernia inguinal quiz permittir a descripção da herniotomia, que foi o primeiro passo para esse novo methodo de uma cirurgia definitiva das hernias.

A herniotomia era usada nas hernias estranguladas, quando o taxis mesmo tentado sob a acção do chlorophormio de nada servira. Apraz-me descrevel-o ; e como os primeiros tempos d'esta operação são mais ou menos iguaes áquelles dos processos italianos, proponho-me illustrar, para a termos presente, um pouco da historia d'esta tão importante operação. Porque não se disse que a operação radical não deve ou não póde ser applicada tambem a certas hernias estranguladas das quaes bom será que se lembre alguma cousa das mais relevantes a respeito d'ella. Descreverei o typo unico d'estas operações para todas as diversas especies de hernias, reservando-me para dizer depois algumas palavras ácerca da herniotomia inguinal particularmente.

Technica da operação. Primeiro tempo. Desnudação do sacco herniario. A antisepsia em qualquer caso deve ser rigorosissima.

Raspa-se o cabello, lava-se a parte com agua quente e sabão, desinfecta-se com solução de sublimado a 1 %, depois de ter feito uma maior limpeza com ether e alcool.

E' escusado dizer que o mesmo rigor de antisepsia deve ser usado da parte do operador e dos assistentes com os instrumentos e tudo o mais que tem referencia com a operação. Depois d'isto passa-se a fazer a incisão na cutis. E' absolutamente indifferente o modo de praticar a incisão cutanea.

Quem tem pratica e possue bons bistoris, fal-o com a mão livre, esticando a pelle entre os dedos. Ha maior segurança de não cahir muito a fundo, se cortar uma dobra cutanea do exterior para o interior entre os dedos do operador e do assistente.

Aliás é necessaria a precaução sómente nos casos excepcionaes de tegumentos muito subtis, ou na hypothese de adherencias de cicatrizes. Estas ultimas foram observadas algumas vezes como effeito de processos inflammatorios (pressão da funda) ou depois de operações, e então é mais facil reconhecel-as. Sempre é melhor não fazer grandes talhos no principio e especialmente nos grandes tumores não se deve ultrapassar os seus limites. A direcção da incisão deve corresponder áquella do eixo longitudinal do tumor e a extremidade superior passa sómente de perto de um centimetro á porta herniaria.

Ha alguns que quanto á extensão da incisão regulam-se pelo modo seguinte: Se o tumor fôr pequeno, alcançam-se os seus limites extremos, excedendo-os de algum centimetros para tornar mais facil o acto operatorio, e em casos especiaes far-se-ha uma incisão mais ampla tambem afim de conhecer bem tudo quanto constitue a complexidade do

tumor herniario. Se porém a hernia fôr volumosa é inutil prolongar muito a incisão, pois a laxidão dos tecidos, já dilatados, deixa que a hernia se possa destacar bem dos tecidos circumstantes, com todo o seo sacco e então as manobras ficam limitadas ao collo.

Por todo o comprimento e direcção do talho cutaneo são divididas tambem as partes mais profundas.

Em principio a faixa sub-cutanea se reconhece porque desloca-se com a cutis; portanto não ha muito que preoccupar-se com ella.

Em todo o caso, por precaução, é bom proceder dissecando, isto é, o operador talha o connectivo entre a sua pinça e aquella do assistente que levantam o tecido, e isto se faz por estrados até sobre o sacco, de maneira que fique livre em toda a sua extensão a hernia contida no sacco. Alguns cortam a faixa sobre a sonda estriada, depois de terem aberto n'ella um furo levantando uma dobra com a pinça.

Debaixo da faixa sub-cutanea acha-se um sacco que envolve o sacco herniario mais resistente, composto de fibras connectivaes multiplamente entrançadas no canal inguinal, constituidas tambem por fibras musculares. As condições anormaes de pressão e de tracção em que acham-se os diversos estrados anatomicos impellidos para diante actuam agora sobre o estrado connectival do sacco, de modo que não é mais possivel uma divisão nos folhetos physiologicos os quaes se confundem um com o outro. A's vezes são hypertrophicos ou tambem atrophicos. E' porém importante destinguil-os e destacal-os quanto é possivel um por um, afim de não os confundir com o verdadeiro sacco, para abrir o qual precisa-se redobrar as precauções e a attenção, porquanto, depois de ter com a sonda estriada levantado e dividido muitos estrados,

julga-se ter chegado ao sacco, quando ao contrario ainda está longe.

Ordinariamente estes estrados têm uma apparencia fibrosa e são mais resistentes e menos tensos que o sacco. Cooper denominou estes estrados fundidos justamente *faixa propria*. Observou-os a primeira vez na hernia crural. Linhart depois estendeu esta denominação ás hernias inguinaes, bem como a todas as hernias abdominaes.— O sacco herniario está unido á faixa propria por connectivo de fibras longitudinaes differentes. Em muitos casos, porém, falta uma reunião connectival dos dois saccos. Talhada a faixa propria o sacco herniario reconhece-se por apresentar-se como uma membrana desigual que pode-se levantar em dobras, discretamente lisa na superficie fornecida de vasos—(Konig). A confusão póde evitar-se tambem não esquecendo que os estrados que estão sobre o sacco têm uma apparencia fibrosa e são mais resistentes que o proprio sacco. Se o estrangulamento tiver a sua séde nestes estrados, como acontece algumas vezes, tira-se cortando estes, e então para quem queira satisfazer-se com isto, a herniotomia está concluida, pois a hernia torna-se reductivel e pode-se em seguida applicar perfeitamente uma funda. O sacco, nesta hypothese, ficaria no canal inguinal. Se o estrangulamento tiver sua séde no collo do sacco, pode-se perfeitamente cortal-o deixando intacto o resto. Sente-se o annel estrangulador e cortam-se entre duas pinças as bridas connectivaes que o formam. Muitos cortam adiante do estrangulamento e na abertura praticada passam uma tenta estriada, para servir de guia ao bistori. Estes modos de completar a operação em complexo se chamam «herniotomia externa», porque considera-se como não aberto o peritoneo que constitue o sacco.

Segundo tempo. Abertura do sacco. Antes de passar a este tempo da operação, é preciso reconhecer o sacco, sem que fique duvida alguma. E' bom insistir sobre este ponto, pois o mesmo Konig diz que é bastante sómente chamar á memoria as condições anatomo-pathologicas para comprehender que nas estradificações pathologicas do sacco herniario por neo-formações inflammatorias, póde-se ficar em duvida se está ou não ainda á vista uma parte da faixa propria. E por outro lado, o sacco herniario, pela restricção vasal dentro a porta herniaria, ás vezes tem uma côr tão extranhamente violacea que muito facilmente recorda o intestino. Este, se não estiver tão estendido que possa ser agarrado, sente-se mais espesso e resistente, pois além da serosa sente-se a mucosa e a tunica muscular.

Não fallamos no caso em que a forma da alça pode tirar-nos toda a duvida.—Outro criterio para reconhecer o sacco é aquelle do sóro que contem e que transparece atravez de suas paredes. Mais: o pedunculo do sacco prolonga-se na porta herniaria e além disto póde-se levantar uma dobra delle entre os dedos, fazendo deslizar estas duas superficies uma sobre a outra, sentindo-se a sensação caracterisca das duas paredes internas, serosas e lisas do sacco. — Busch, antes de praticar a incisão do sacco, aconselha, com razão, que seja disseccado préviamente dos tecidos circumstantes, ficando dest'arte muito facilitada a manobra d'esta dissecção e alem d'isto melhor se percebem as relações dos tecidos com a porta herniaria. Finalmente, feito isto, e firmemente persuadido que aquillo que temos adeante é realmente o sacco, manda-se levantar uma dobra entre duas pinças e corta-se a parede do sacco. Chega-se então sobre um espaço ôco, do qual corre um liquido seroso, e ás vezes sóro-hemorragico;

mui raras vezes é sebaceo, especialmente se o intestino não soffeu alguma alteração notavel. — A presença d'esta cavidade dá-nos a certeza mathematica de que estamos no sacco.

E' bom lembrar aqui que póde dar-se o caso que haja um ponto da hernia sem sacco (hernias do cégo, etc). Felizmente estes casos não são frequentes pela posição lateral d'esta porção de intestino não coberta de peritoneo; mas quando houver, deve-se ter o cuidado de não abrir o intestino, julgando abrir o sacco.

As adherencias, que se podem achar entre o sacco e o seu conteúdo, destacam-se com uma sonda, ou melhor, com o dedo, quando ellas são recentes. As adherencias antigas, que quasi nunca são totaes, se tiverem uma certa extensão e não se destacarem com a thesoura, é melhor deixal-as adherentes ao intestino.

A pequena incisão feita no sacco amplifica-se. Inintroduz-se o dedo da mão esquerda até alcançar a abertura herniaria, afastando com o mesmo qualquer obstaculo que se possa achar em caminho e fazendo-se uma idéa clara deve achar-se o annel estrangulador. Applica-se sobre o dedo a lamina chata do bisturi, ou melhor de um herniotomo que se leva até ao annel estrangulador. Imprime-se ao instrumento um movimento de um quarto de giro sobre o seu eixo longitudinal e com o mesmo dedo, que servia de guia, preme-se sobre o dorso do bisturi de baixo para cima e corta-se, ficando sempre as visceras protegidas pela parte dorsal do dedo. E' preferivel, em lugar de um talho de certa grandeza, praticar multiplos talhos, como aconselha Vidal e isto para não lesar os vasos proximos.

Quando não é possivel introduzir o dedo no annel estrangulador com a face palmar em alto, tenta-se conse-

guil-o introduzindo a parte dorsal, a unha do dedo e com este o bisturi, reservando-se virar o dedo, quando, pelo alargamento que se vae operando, os movimentos começam a ser mais livres.

Antigamente,quando era impossivel introduzir o dedo,os cirurgiões serviam-se da tenta e sobre ella empurravam um bisturi embolado. Isto porém não é methodo para se aconselhar pelas rupturas do intestino que se têm verificado,e Heister não poude mesmo evital-as com as suas sondas adrede construidas. E' por isto que os melhores cirurgiões executam em via de regra a incisão do ponto estrangulado do exterior para o interior entre duas pinças de gancho. O estrangulamento é vencido quando póde-se penetrar com um dedo. — Antes de passar ao terceiro momento d'esta operação direi que os bisturis que servem para alargar o estrangulamento são chamados *herniotomos*. Julgo inutil dar a descripção d'elles.

Terceiro tempo. Tratamento antiseptico e reducção do conteúdo herniario. Depois de ter praticado o alargamento do annel que estrangulava a hernia, extrahe-se com muita cautela o conteúdo da hernia e se fôr um intestino esvasia-se por compressão leve e prudente do conteúdo e examina-se em quaes condições se acha, applicando especialmente a nossa attenção ao ponto que directamente se acha estrangulado e portanto mais sujeito a uma maior alteração. Vê-se entretanto se foi definitivamente combatida a causa do estrangulamento, e se isto não se tiver conseguido ainda, introduz-se um dedo na cavidade abdominal, observando se no sacco ha mais em alto algum estrangulamento, se ha hernia transversal do sacco, se ha torsão do mesmo sacco, etc. Quando se encontrarem estas complicações, eliminam-se do modo mais opportuno. Nos casos ordinarios, quando o conteúdo herniario é normal,

ou antes, se verificou uma simples stase da compressão, reduzem-se sem mais as partes herniadas com manobras apropriadas. As cousas, porém, não se passam sempre assim, pois as partes herniadas ás vezes já estão gangrenadas. Konig faz esta manobra, digamos de inspecção, antes de dilatar a porta herniaria. Diz elle : «Antes de operar o alargamento, examina-se attentamente o conteúdo do sacco e constata-se se já não existem symptomas de necrose no corpo do sacco ou no collo. O annel de necrose na parte estrangulante é o mais difficil de ser demonstrado e quando se supponha que exista, devem-se omittir manejos excessivo sobre a alça, como a sua extração». Com todo o respeito devido ao illustre clinico, eu diria que nunca seja seguido o seu conselho perigosissimo. Proceda-se primeiro ao alargamento do ponto estrangulado, como temos descripto acima, e se o ponto do intestino correspondente ao pequeno collo não estiver necrosado, tanto melhor; no entanto não nos collocamos no caso de fazermos supposições que sendo erradas e determinando-nos a certas manobras, poderiam dar-nos a ruptura do intestino no ponto necrosado, visto que o alargamento deve sempre fazer-se, porque é o scopoda operação.

Portanto observaremos as condições do conteúdo herniario depois de praticado o alargamento do annel estrangulador.

Assim podemos achar o omento que se apresenta como uma massa informe de tecido endurecido fibroso com poucos tepes adiposos, espalhados entre os entremeios connectivaes. N'estes casos corta-se sem mais nada, depois de ter ligado ou suturado, ultrapassando de alguns millimetros os tecidos sãos.

Konig,a respeito do omento, pronuncia-se deste modo:

«O omento agudamente doente deve incondicionalmente ficar no sacco.» Elle sustenta esta sua asserção demonstrando os perigos que resultariam para o doente rechassando-lhe este omento no abdomen.

Ninguem pode negar esta verdade; mas asportando-o não se faz cousa melhor do que deixal-o no sacco para aguardar que a infecção se propague directamente ao omento do sacco que está no abdomen ou que a infecção extenda-se do sacco ao peritoneo? Asporta-se, quanto a nós, o omento lesado, tendo grande cuidado que o coto que deixamos seja são e apezar d'isto desinfectado. Nem tão pouco deixaremos o coto *adeante da porta da hernia*, como queria Konig, pois elle proprio não desconhece a facil reproducção da hernia, que nós não desejamos. O omento, se é são, asporta-se tambem quando é muito grande; bem como se está sómente affectado de hypertrophia fibrosa ou lipomatosa que póde occasionar proccessos inflammatorios. Por causa do seu volume a ablação é sempre para se aconselhar, porque occupando muito espaço augmenta com as outras visceras a pressão sobre as paredes abdominaes, que já têm dado não bôa prova de sua resistencia.

A questão é muito mais complexa ou antes complicada pelas opiniões diversas dos auctores, quando se trata de uma alça intestinal, alterada, inflammada ou gangrenada.

Começamos por observar que muitas vezes um intestino, que a principio parece destinado a ser asportado, se se esperar algum momento depois de alargado o estrangulamento e se o conservar coberto com um chumaço ensopado em agua bem quente, devidamente esterilisada, o intestino, que apresentava uma côr violacea, vermelho escura, passa a uma côr vermelha clara, e mais do que inflammado apparece um

pouco congestionado, edematoso.—Esta praxe muito seguida nos hospitaes e na Clinica cirurgica em Roma, parece-me digna de ser aconselhada nas hernias estranguladas. Mas quando o intestino tiver perdido o endotelio liso de sua superficie, quando mostrar uma flacidez particular e ainda mais quando mostrar o collapso negro-esverdeado, grisalho pardacento, o intestino não poderá mais rehaver-se. Geralmente se diz que o intestino gangrenado toma a côr de folha secca. Em algumas circumstancias particulares não se está bem certo de que o intestino esteja ou não gangrenado; então é para aconselhar-se que se recorra á manobra recommendada desde muito tempo por Palasciano. Elle partia do conceito de que o intestino não resistia ao envaginamento produzido pelo dedo; e, pois, determinava esta manobra no intestino suspeito de cima para baixo e de baixo para cima. Se elle se romper, é signal que não é mais vital e é preciso cortal-o. Este methodo é adoptado ainda hoje, ainda que alguns queiram culpal-o por sujar o dedo e infectar o campo operatorio, quando o intestino não resiste á manobra. Mas o dedo póde ser desinfectado ulteriormente e o campo operatorio póde ficar isento de infecção, tomando precauções preventivamente.

E depois, se o intestino se romper, está gangrenado, e neste caso não é sempre necessario abril-o, quer para uma resecção e successiva sutura, quer para praticar um anus contra-natura?

Acertada a gangrena por todos os meios, nasce aqui espontaneamente a questão: E' preciso resecar a parte gangrenada e em seguida coser os cotos entre si? ou deixa-se a alça intestinal fóra do abdomen, determinando assim um anus contra-natura? Respondendo, não levamos em conta a difficul-

dade apresentada por Konig ácerca do comprimento da porção de intestinos a esportar conciliavel com a vida. Resecca-se tanto intestino quanto está gangrenado; porquanto, conforme o mesmo refere, Keherlé, em um caso operado por restricção, cortou metros 2,05 de intestino e no nosso caso é rarissimo senão difficil que tenha-se a determinar uma demolição tão grave. Se, pois, W. Bauen propende a acreditar que uma sua operada tenha fallecido pela falta de 137 centimetros de intestino tenue por elle asportado, nós não lhe faremos a injuria de suppôr que tenha havido alguma outra causa talvez mais verdadeira da morte da sua operada.

Trabalhos experimentaes têm demonstrado que não se podem asportar pedaços muito longos de intestino, porém, raras vezes, como já disse, chega-se a estes termos temiveis nas alças herniadas e gangrenadas.

Para concluir, direi que, propendo para a resecção do intestino, e, em via de regra, sempre ultrapassando de alguns millimetros os limites do tecido do sacco, por sutura consecutiva e reposição no abdomen da viscera herniada, seguindo as normas hodiernas da asepsia e da antisepsia. Far-se-ha excepção a esta regra quando o doente ameaça não poder sustentar o schok abdominal que determina uma operação tão grave e que requer tempo para ser expletada. Em taes casos, sou da opinião d'aquelles operadores que depois de 24 horas, rehavendo-se o doente, praticam a resecção. Pelo mesmo modo convem regular-se quando no dia precedente não se tenha podido fazer a resecção, ou porque foi julgado pouco favoravel a uma operação tão importante o ambiente exterior, ou porque não estivesse prompto tudo quanto era necessario á operação e uma opportuna assistencia. Então passa-se uma alça de linha no mesenterio em proximidade da

inserção e em correspondencia com o intestino doente. Fixa-se a linha ou na abertura da hernia ou sobre o sacco. Entretanto, depois de 24 horas, a gangrena teve tempo de delimitar-se melhor, de modo que a resecção cae com maior segurança nos pontos sãos, sem afastar-se muito da parte lesada, de modo a não achar-se em terreno apto, tendo cessado os factos simplesmente congestivos em proximidade da gangrena. Quando porém por perfuração gangrenosa muito extensa do intestino, já succedeu um fleugmão septico das partes molles, a nossa attenção limita-se á incisão dos envolucros fleugmonosos, á limpeza do campo operatorio, a procurar uma sahida livre ás fezes. N'estes casos é preciso desistir de qualquer acto operatorio sobre a parte da hernia, diz Konig. Quando, por algumas das razões apontadas ou por casos especialissimos, o cirurgião julga recorrer á formação de um anus preternatural, tambem porque não ha assistencia sufficiente para uma resecção intestinal, por exemplo no campo ou em casa de gente pobre, quaes são ás regras a seguir? Reune-se o intestino com pontos de sutura á cutis e ao connetivo em proximidade dos limites cutaneos. N'esta ultima hypothese, segundo Verneuil, menos facilmente deve ficar uma fistula.

Segundo Konig, pódem-se suturar os dous cabos intestinaes, o afferente e o efferente de modo a poder-se tambem esperar uma cura espontanea. Em todo o caso, em segundo tempo, sempre se faz a cura cirurgica do anus preternatural.

Premittidas estas observações, passemos a descrever o modo de reducção das visceras herniadas na cavidade abdominal e a ligadura e extirpação do sacco.

Nas hernias estranguladas simplesmente sem nenhuma complicação, estas duas manobras constituem por si só o ter-

ceiro momento operatorio. E' um momento muito delicado e ás vezes difficil, quando as visceras herniadas não podem conter-se reduzidas, e o sacco tenha contrahido fortes adherencias com as parte visinhas.— Já dissemos que com razão Busch aconselha que esta dissecção seja praticada a sacco integro, porque pode-se praticar melhor estando as paredes tensas pelas visceras e liquido que elle contem, ao paso que depois da abertura, as paredes muito subtis retrahem-se pela elasticidade e mal se destinguem dos tecidos circumstantes. Em todo o caso disecção deve praticar-se com todas as cautelas possiveis para não produzir damnos ao cordão espermatico e ao testiculo, quando se trata de hernias inguinaes, que são as mais frequentes.— Passa-se em seguida á reducção das visceras herniadas com as manobras apropriadas do taxis, mantendo em seu logar as visceras que tendem a sahir fóra, ou por meio de um dedo de um assistente ou por meïo de um tampão montado sobre um Klemmer. Acabado o isolamento substitue-se o Klemmer com o tampão por um Klemmer recto ou curvo, conforme a necessidade, que agarra o sacco o mais alto que é possivel, onde deve cahir a ligadura ou melhor a sutura. Esta póde ser feita por varios modos, feitio de bolso para fumo, levando o sacco em redor dos pontos varios e consecutivos, ou bem passa-se com a agulha uma linha dobrada atravez do sacco, corta-se a alça e ficam dous fios que são atados um de um lado, outro de outro.

E' escusado dizer que é preciso prestar muita attenção passando a agulha, afim de que não sejam lesadas as alças intestinaes que ficam immediatamente atraz do klemmer. Depois de acabada a sutura do sacco atraz do klemmer, corta-se com um golpe de thesoura toda a parte que está adiante do mesmo klemmer, não costumando-se mais, hoje, deixar em seu lugar o sacco, elemento de reproducção da hernia.

Quarto tempo. Drenagem e synthesis.— Acabada a operação com todas as cautellas antisepticas passa-se á sutura dos estrados anatomicos que foram dividindo-se durante a operação. Antigamente costumava-se, em via de regra, collocar na linha de sutura, por baixo da pelle, ou em furos praticados especialmente na pelle para este fim, um ou dous tubos de drenagem.

Hoje empregam-se quando a operação foi muito longa, ou por qualquer outro motivo pelo qual se possa receiar suppuração. Verdadeiramente fazendo a sutura em estrados e tendo-se a consciencia segura de ter empregado uma antisepsia escrupulosa, não se deixam vãos para a introducção da drenagem, nem possibilidade de suppuração, que reclamaria o uso d'esta cautela. Depois de feita a sutura faz-se uma bem larga medicação antiseptica.

HERNIOTOMIA INGUINAL

N'este capitulo, é minha intenção recordar brevemente aquellas noções geraes que é bom ter presentes operando n'esta região, para não ser obrigado a repetil-as na descripção dos methodos especiaes italianos de cura radical que irei em seguida descrevendo. Assim poderei, sem outras distracções, applicar a attenção sobre a parte que cada processo tem de caracteristico. Não repetirei, pois, aqui, os diversos momentos operatorios, tendo-os já descripto na herniotomia em geral; mas direi alguma cousa ácerca do que tem de especial a operação supra declarada.

Para a incisão do pequeno collo na hernia inguinal estrangulada é importante conhecer a relação do mesmo collo

com a arteria epigastrica, porque esta podia ser lesada no acto do alargamento.

A arteria epigastrica rodeia a parte inferior do orificio superior ou peritoneal do canal inguinal, de modo que o alargamentc operado em baixo e para dentro na hernia inguinal não sómente offenderia o cordão espermatico mas tambem a arteria epigastrica. Esta dirige-se em seguida obliquamente em alto e para dentro na direcção do umbigo e assim acha-se collocada entre as duas pequenas fossas, a externa e a media. Assim,na hernia obliqua externa nós alargaremos ao exterior e na interna no interior. Hoje aconselha-se sem mais de alargar em alto. Tillaux, emquanto faz justamente observar que póde-se magoar d'este modo a arteria epigastrica, especialmente tratando-se de uma hernia directa, pois, com effeito, elle diz em razão da sua curva normal descreve em redor da hernia uma *semicircumferencia* (a meu vêr não é senão um arco de circulo de grande raio) e approxima-se muito á parte superior do collo do sacco, aconselha de cortar na direcção de uma linha exactamente vertical, isto é, parallela á linha alba. Eu porém proporia cortar em alto, neste caso, tendendo porém um pouco na direcção do umbigo, pois na direcção d'este ponto está a *grande curvatura* que apresenta a arteria epigastrica, a que eu chamaria melhor de inclinação. Em todo o caso será bom não fazer um alargamento muito amplo com o bisturi e determinar com o dedo a dilatação que se quer.

Devemos além d'isto notar o facto especial das hernias inguinaes que muitas vezes não têm sacco proprio, mas acham-se na vaginal commum. Estas hernias são assim chamadas congenitas. O peritoneo acompanha o testiculo na sua descida do abdomem para os escrotos e forma-lhe a

tunica vaginal. Esta ordinariamente fecha-se em proximidade do orificio superior do canal: ha dous casos, porém, nos quaes fica pervio, de modo que a cavidade peritoneal e cavidade vaginal estão em communicação. As visceras abdominaes, n'este caso, penetram na cavidade vaginal sem terem adiante de si o peritoneo. E' bom ter presente este caso especial para não ir em procura do sacco que não ha. Não deve-se asportar, pois, toda a vaginal julgando-a sacco e deixar desprovido d'ella o testiculo. Asportaremos sómente uma bôa porção, deixando, quanta necessaria para formar novamente em suas dimensões normaes a vaginal com uma sutura regular. Da mesma maneira resecca-se parte do escroto depois de ter operado hernias muito grandes.

O isolamento do sacco n'estas hernias é delicado pelas lesões que podem produzir-se com prejuizos do cordão espermatico.

Acabada a operação, ás vezes, o testiculo tende a subir de novo em alto. Para segural-o, fixa-se á parte inferior do escroto com um ponto de sutura passado atravez da sua bainha. Finalmente é bom advertir que quando se faz a sutura dos estrados divididos, deve-se ter o cuidado de não apertar demais os elementos do cordão.

OPERAÇÃO RADICAL DA HERNIA INGUINAL

Apezar da opinião autorizada do Bergamann, de não ser possivel encontrar methodo de cura radical da hernia inguinal, que abolutamente nos garanta contra a repetição da enfermidade, eu não duvidei em intitular assim o meu trabalho, por sentir-me a isto autorizado pelas estatisticas das operações feitas pelos novos processos que vou descrever.

Nem me preoccupava muito o facto de pretender-se na França e na Inglaterra que seja abolido o qualificativo « *radical* », desde que sómente 13 recahidas se deram em 332 casos de Bassini e Postempski.

Qualquer especie de operações está exposta a insuccessos, e a da hernia não póde ficar isenta d'elles. Depois dos tratamentos paliativos do taxis e da antiga herniotomia, bem pode o novo curativo, em homenagem da moderna cirurgia, dizer-se *radical*.

A ninguem é permittido desconhecer a importancia d'esta operação, quando considere os incommodos que semelhante molestia póde causar e os perigos aos quaes deixa expostos os individuos que a padecem. Os movimentos mais ordinarios da vida podem provocar um estrangulamento da hernia, que póde matar o individuo, no meio das mais atrozes dôres. A

tosse, o espirro, um esforço muscular qualquer pódem determinar o estrangulamento. E de nada vale objectar que tal não se dá nos pessoas que usam de uma funda bem applicada; porquanto além de não ser a funda um dos mais bellos ornamentos a usar, nem todos têm a prudencia de a manterem permanentemente, de nunca a tirarem nem mesmo por alguns momentos. E' nessa occasião que mais facilmente se dão os estrangulamentos.

Além d'isto, com a funda não são possiveis trabalhos musculares muito fortes, e o individuo que faz uso d'ella acha-se moralmente deprimido e abatido, por não poder dispôr de toda a energia de que seria capaz sem o incommodo da hernia.

Simplesmente o perigo de um estrangulamento seria bastante a autorizar a intervenção cirurgica do facultativo ao qual se recorre, desde que, graças a antisepsia em tantas centenas de operados, Bassini e Postempski, bem como muitos outros, não contam caso algum fatal. Na Italia insinuou-se na consciencia de todos a necessidade da operação radical da hernia e os doentes aos centos correm aos hospitaes cirurgicos para se sujeitarem a esta benefica operação. Nas publicas repartições, não são admittidos individuos herniosos, aconselhando-se-lhes que se apresentem, depois de operados, a tal ponto é considerada *radical* esta operação. Os operados das hernias são admittidos nas fileiras do exercito.

Tive occasião de operar no Hospital de S. Spirito, em Roma, um individuo affectado de hernia inguinal. Tratava-se precisamente de um conductor da Tramwai (bonds), o qual na visita medica mensal tinha sido declarado inhabil por hernia inguinal direita e por consequencia suspenso do emprego.

Recorrera áquelle Hospital para deixar-se operar. Nessa occasião eu estava de dia como cirurgião de guarda. Constatei a lesão accusada e dei-lhe entrada no hospital. Dous dias depois, em 3 de Setembro de 1895, operei-o pelo methodo de Postempski (2ª modificação), tendo como assistente o meu egregio substituto, cirurgião Dr. Pasca, sendo o doente chlorophormisado pelo Dr. Saladini, cirurgião adjunto. O curativo, após a operação, seguiu normalmente sem manifestação febril.

No 7º dia foram retirados os pontos da sutura, tendo obtido uma cura por primeira intensão, e no 10º dia o individuo teve alta completamente curado. Tive occasião de tornar a ver mais vezes o meu operado, o qual recuperára o emprego de conductor de *Tramwai*, graças á operação a que se sujeitára.

Os operarios que, por motivo de sua profissão, estão sujeitos a grandes esforços musculares, tornam-se de todo impotentes para qualquer movimento quando sentem a impressão da viscera que tende a descer aos escrotos e vêm-se obrigados a deixar immediatamente o trabalho.

Isto eu ouvi contar muitas vezes áquelles que são affectados desta molestia. Se este acto operatorio póde ser dispensado por quem é proprietario ou que vive na cidade e póde ter todos os confortos, não se póde dizer o mesmo com relação áquelles que habitam no campo, longe dos recursos cirurgicos e que pela sua profissão estão expostos a exercicios musculares muito laboriosos. Para estes, um estrangulamento da hernia é morte certa : só a operação radical póde garantir-lhes a vida.

Poucos cirurgiões ha hoje que sejam infensos a esta benefica operação. Alguns operadores, por terem notado

depois da operação a reproducção da hernia no outro lado, sem que primeiro tivesse apparecido nenhum systema ou disposição, não querem empregal-a. Como porém sempre as excepções não destroem a regra, assim para mim esta observação de casos mui raros tem a importancia grandissima de demonstrar quão radical é esta operação. Não fallo das hernias muito desenvolvidas e antigas. Seria muito pretender e esperar-se grande resultado da operação em semelhante caso.

Já é difficil reduzir as visceras, que nestes casos, muito bem póde dizer-se com a expressão de Pott, *perderam o direito de domicilio.*

Sómente nestes casos não é indicada a operação. Conseguindo-se a reducção, resultam disturbios reflexos persistentes emquanto não se restabeleça o antigo estado das cousas.

DESCRIPÇÃO DE VARIOS METHODOS OPERATORIOS ITALIANOS

Descrevel-os-hei em ordem chronologica.—Os processos mais conhecidos e apreciados na Italia são os de Bassini e de Postempski, que opportunamente descreverei com maiores detalhes; muito succintamente fallarei dos outros pelo que offerecem de especial e de caracteristico.

Processo de Morisani:—O Dr. Morisani publicou em 1884 na *Revista internazionali di Medicina e Chirurgia* a descripção de seu processo, que é uma modificação do de Czerny.

Morisani tende a dar maiores garantias do methodo supra indicado e da cura radical das hernias, depois do estrangulamento, e descreve tres casos operados por elle. Dissecciona delingentemente o collo do sacco dos tecidos circumstantes

e muito profundamente em direcção do abdomen, quanto possivel até alcançar o orificio interno do canal; em seguida faz uma incisão no sacco ao nivel do contorno exterior da hernia.

Immediatamente procede á rutura unica da abertura externa herniaria e do collo do sacco com introflexão das margens livres do collo na direcção do abdomen. Finalmente sutura dos tegumentos communs. E' escusado dizer que este methodo de Morisani como o de Czerny, não offerece nenhuma garantia contra a reincidencia. E' um methodo morto logo ao nascer.

Czerny sómente se preoccupa na sua operação com restringir o annel externo, approximando os pilares com os pontos de sutura, não se preoccupando nem com o canal, nem com o annel peritoneal, nem com o sacco, a respeito do qual não dá regra nenhuma para tratal-o.

A's vezes reduz a hernia e sómente ata o sacco ao seu collo, ou o elimina; outras vezes faz nelle uma incisão e lava-o, amputandò-o ou não, sem sutural-o.

Processo de Moreschi: — Este processo tambem ficou como simples recordação historica nos annaes da cirurgia italiana. E' uma modificação daquelle de Wood. O autor procura oppôr uma barreira á reproducção da hernia, servindo-se do sacco, ao passo que Wood servia-se da faixa que reveste o musculo grande obliquo. Disseca o sacco, depois ata ou sutura o pequeno collo que é forçado com a dita faixa. Retira o sacco por baixo da atadura e rechaça a mutilação juntamente com a faixa além do annel peritoneal, em cujos contornos é suturado. Depois faz a sutura das paredes do canal inguinal, comprehendendo nella a faixa que está no interior. Elle empregou este methodo em dous casos de hernia estrangulada.

Processo Bassini: — O professor Bassini, relatava em 1887, como primeira communicação preventiva ao Congresso dos Cirurgiões, em Genova, o seu methodo de operar radicalmente a hernia inguinal executado em 40 casos. No anno seguinte, em uma segunda communicação, (Napoles), relatava sobre 100 casos e em 1889 publicava o seu methodo operatorio baseado sobre 262 operações. Eis a sua descripção:

1º *tempo.* Faz-se uma incisão na pelle e no tecido subcutaneo approxidamente um centimetro acima do ligamento de Poupart, a partir debaixo do annel inguinal externo até á parte superior do annel peritoneal. Descobre-se assim a aponevrose do grande obliquo com os seus dous pilares, os elementos do cordão, e, se houver, a porção mais baixa da hernia.

2º *tempo.* Corta-se a aponevrose do grande obliquo do annel externo até além do annel peritoneal, de modo que tem-se duas bordas, uma superior, outra inferior, que se descollam um pouco. A primeira deve ser descollada dos musculos subjacentes pelo comprimento de cerca de um centimetro; a segunda até a arqueadura crural. Isola-se com muita paciencia o sacco, com instrumentos obtusos, dos elementos do cordão até ao orificio profundo hernioso. Acabado este acto, reduz-se a hernia, se fôr possivel, sem abrir o sacco. Abre-se o sacco se houver adherencias, e destacam-se estas com muita precaução. Se a hernia fôr constituida por simples omento, corta-se; este entretanto depois de reduzidas as visceras herniosas, enrola-se o sacco e ata-se simplesmente, no ponto mais alto possivel, cortando-se com um golpe de thesoura, a parte do sacco que está aquem da atadura. Se porém a hernia tiver sido bastante grande, não nos satisfaremos com a simples atadura, mas passaremos a suturar a bocca do sacco para nos certificarmos de seu perfeito fechamento.

3º *tempo.* Desviam-se o cordão e o testiculo, já isolados, de um lado e de outro, sobre a parede abdominal, ou ainda melhor, um assistente segura o cordão suspenso por uma alça de garça. Assim tem-se livre a cavidade do canal onde repousa o cordão. A borda superior da aponevrose do grande obliquo, se não estiver sufficientemente isolada, destaca-se dos tecidos circumstantes. Por baixo d'esta borda, formada pela aponevrose do grande obliquo, isola-se em um unico estrado o pequeno obliquo, o transversal e a faixa transversal ou de Cooper, por toda a incisão da primeira incisão. Reune-se depois com sutura com pontos destacados este ultimo triplice estrado, em toda a extensão da incisão, á atadura de Poupart, desde o pubis até contra o cordão, deixando ao alto e no exterior um espaço sufficiente á passagem do cordão.

4º *tempo.* Torna-se a collocar em sua posição normal o funiculo e o testiculo e faz-se por cima a sutura da aponevrose do grande obliquo e sempre em toda a extensão da incisão, deixando sómente aberto em baixo um pequeno espaço para a passagem do cordão espermatico. Quer o espaço de que acima fallamos, quer este, devem ser bastante amplos para não comprimirem os elementos do cordão. Por ultimo sutura-se a pelle e o tecido sub-cutaneo. Collocar-se-ha sob a cutis um pequeno tubo para dreno, se se duvida de obter uma primeira intenção, quando a hernia fôr muito volumosa e antiga e portanto muito laboriosa a dissecção do sacco.

—*Processo Postempski.*—(1ª modificação ao methodo de Bassini). Postempski, pensando que as visceras podem herniar-se novamente pelo canal reconstruido por Bassini, como vimos, propoz uma modificação, quasi com o fim de destruir completamente o canal inguinal.

Todos os tempos da operação são semelhantes áquelles

do methodo Bassini, a não ser que a sutura do triplice estrado muscular aponevrotico, constituido pela faixa de Cooper e dos musculos transverso e pequeno obliquo do abdomen na borda posterior da atadura de Poupart, é feita mixtamente á aponevrose do grande obliquo; e sobre este quadruplice estrado musculo-aponevrotico, Postempski colloca o cordão espermatico, que é coberto pela pelle, a qual é suturada em ultimo lugar. Elle diz, e talvez com razão, que é quasi inutil pensar em reforçar as paredes do canal; porquanto, depois que uma viscera foi introduzida no annel peritoneal, cedo ou tarde se abrirá caminho na direcção do annel inguinal externo. Na sua operação elle concentra toda a sua attenção em reforçar aquelle primeiro annel, que na verdade, nas condições normaes na direcção da sua parte interna, não é constituido senão unicamente da faixa transversal. Com effeito, Hyrtl na Instituição de anatomia do homem diz: A parede posterior do canal inguinal comporta-se ao inverso do anterior, pois ao nivel do orificio externo é constituida pelo pequeno obliquo, pelo transverso e pela faixa transversal, e na *proximidade do orificio interno é representada exclusivamente pela dita faixa.*

2ª *Modificação por Postempski ao methodo de Bassini.* Postempski, depois de ter feito a primeira modificação ao processo de Bassini, que acabámos de descrever, pensou que o peritoneo não tinha pequena parte na reproducção das hernias, e portanto resolveu-se a não deixar livre o pedunculo do sacco na cavidade abdominavel, mas a fixal-o com pontos de sutura á parede do abdomen. Para isto elle faz incisão na pelle um pouco mais acima do annel peritoneal; emquanto á aponevrose do grande obliquo a incide até ao nivel d'esse annel.

Procedendo em tudo mais conforme temos dito precedentemente, depois de ter dissecado o sacco e suturada a mutilação, fixa esta no alto, servindo-se do mesmo fio com que executou a sutura.

Servindo-se do index da mão esquerda por guia, leva a agulha atraz da parede abdominal até 3 ou 4 centimetros acima do angulo superior da incisão. Atravessa todos os estrados que se acham desde a faixa de Cooper até á aponevrose do grande obliquo. Assim faz com ambas as extremidades do fio com o qual suturou o sacco, ligando estas duas extremidades entre si sobre a apronevrose do grande obliquo. Desta arte o pedunculo do sacco fica solidamente fixado contra a parede abdominal, offerecendo ao peritoneo um obstaculo poderoso na hypothese de tentarem as visceras fazer hernia outra vez atravez do annel peritoneal.

Evidentemente este methodo offerece muitas garantias contra a reproducção da hernia, se tambem levarmos em conta o fechamento completo do canal inguinal pela sutura e pelo tecido conjunctivo de neoformação que logo seproduz.

Processo de Mugnai—Este operador, cirurgião primario dos Hospitaes de Roma, modificou o processo Bassini de modo muito engenhoso e seguindo um caminho diametralmente opposto aquelle seguido por Postempski. Este levava o cordãozinho espermatico sobre. quadruplice estrado musculo aponevrotico ; elle, ao contrario, deixa-o em contacto com a gordura properitoneal, cobrindo-o com este quadruplice estrado. Postempski depois de executada a sua operação, não deixa mais vestigios algum do canal inguinal e do annel inguinal externo. Mugnai, pelo contrario, destroe o canal inguinal demolindo a parede posterior e reforçando grandemente a anterior; dos dous anneis fica só o externo. O cordão

deixado no tecido conjunctivo properitoneal, fal-o sahir um pouco mais para fóra do annel externo, fazendo incisão na aponevrose do grande obliquo. Elle diz: a Neste ponto está quasi abolida a pressão endoabdominal, portanto evita-se com grande probabilidade uma reincidencia, que seria dada por uma hernia directa, aliás muito mais rara do que uma obliqua » —Verdadeiramente, depois da destruição por elle produzida do canal, não creio que se possa fallar mais em hernias directas e obliquas. Todavia é certo que este methodo é tão bom quanto o de Postempski, senão melhor; não encontrou porém da parte dos cirurgiões o favor que encontrou o methodo de Postempski; nem, que eu saiba, se contam operadores que o tenham executado.

Processo de Parona — Tambem Parona não fez outra cousa senão modificar o processo Bassini. Elle não modifica a maneira de suturar os diversos estrados, como nos dois ultimos processos descriptos, mas applica a sua attenção sobre o uso que se deve fazer do pequeno collo, com o qual pensa, direi quasi, fechar o annel peritonial.

Eis como elle proprio nol-o descreve: « Ligo muito em alto o sacco, eliminando a sua parte anterior, tendo cuidado de deixar adiante da ligadura um centimetro de pedunculo, ou pouco mais. —Accommodo o cordão na formação do sulco pelo laço, de modo que rodeio quasi completamente o pequeno collo. Com agulha recurva munida de um fio de catgut, mediante uma sutura continua, fixo as bordas do pequeno collo aos estrados mais profundos do orificio interno; d'esta arte faço tomar ao cordão uma posição espiral em redor do pequeno collo e deixo-o como emmoldurado entre as duas paginas do peritoneo parietal com abertura de entrada para o interior e em baixo e abertura de sahida para fóra, no alto.

Este methodo ainda que muito conceituoso, parece-me entretanto superfluo. A modificação feita ao methodo de Bassini é de tão pouca importancia, quasi na mesma proporção da que qualquer operador faz ao methodo que adoptar, sem presumir com isto ter inventado um processo novo.

Processo de Bottini. — Apezar do mais elevado respeito que professo ao illustre clinico de Bolonha, não creio este processo digno de ser muito aconselhado, e sómente o descrevo por deferencia ao nome que traz e para completar a historia d'esta operação, conforme se desenvolveu na Italia.

Todo o processo é igual ao precedente até ao momento da sutura, que o autor pratica pelo modo seguinte: Emprega um fio que em cada extremidade tem uma agulha de Hagedorn. Uma destas, que elle chama superior, passa-se na borda superior da incisão do interior para o exterior, de modo que apanhe não só a margem livre dos muculos pequeno obliquo e transverso, mas tambem a aponevrose do grande obliquo. Depois de ter feito isto, passa a agulha inferior na borda inferior da incisão atravez da espessura do ligamento de Poupart. Tiram-se as agulhas e tomando as extremidades do fio, levanta-se a alça de catgut e com a ponta do dedo indicador empenhada no orificio interno do canal, verifica-se o gráo de fechamento feito pela alça segurada em nó. Emprega as mesmas precauções se fôr preciso applicar um segundo e terceiro nó, esticando sempre a alça em alto, apertando tambem neste caso de modo que se feche bem o canal sem apertar demais o cordãozinho espermatico.

Acabado este periodo, o autor ordinariamente faz despertar o doente e convida-o a tossir, cotejando sempre com a ponta do dedo indicador a resistencia do fechamento praticado e no caso de reconhecer este defeituoso ou mesmo du-

vidoso, acrescenta-se um outro ponto de sutura nodosa, procedendo nesta hypothese do exterior para o interior.

Ora, pergunto, onde está a novidade d'este processo? Em que differe do de Bassini? Ha o inconveniente de despertar-se o doente durante a operação, para de novo adormecel-o, se quizer poupar-lhe a dôr da sutura da pelle. Vê-se que o proprio autor não tem confiança no seu methodo e procura obter do proprio doente a certeza de que a hernia não se reproduz durante a operação. E se a experiencia demonstrar que o fechamento é defeituoso, faz bem em passar novos pontos de sutura do exterior para o interior, sem poder prevêr quaes lesões vae produzir com a agulha sobre o cordãozinho espermatico? Semelhante modificação, longe de melhorar o methodo de Bassini, falseia-o.

Estes são os methodos do curativo radical da hernia apresentados por illustres cirurgiões italianos. Ha alguns outros que não vale a pena descrever, com o de Ferrari e de G. Del Greco. Se me tiver escapado algum, não ha nisto grande prejuizo, porque aquelles que descrevi são os mais conhecidos e têm verdadeira importancia.

Entre todos, o de Bassini goza a melhor fama. Este methodo é muito seguido na Italia, conhecido na Allemanha, onde os varios jornaes locaes o divulgaram descrevendo-o, e pela communicação feita ao congresso dos cirurgiões allemães, por Escher, que operou 30 individuos pelo methodo de Bassini. Na França tambem tem seus paladinos, como o demonstra quanto foi dito por Berger na sessão de 13 de Junho de 1891 na Sociedade de Cirurgia de Paris, sustentando que a reconstrucção de uma parede abdominal solida como se obtem pela operação de Bassini, merece grande consideração. Respondendo a Berger, Lucas Championière, não podendo

desconhecer a bondade do methodo de Bassini, diz que *o merito da operação consiste no ligamento muito alto do collo do sacco, o que elle desde muito tempo tinha recommendado.*

Deixando de parte a questão inutil da prioridade, vemos que ambos estes cirurgiões francezes se encontram partindo de pontos oppostos no conceito de reconhecer a excellencia do methodo de Bassini, pelos dois prestimos salientados por elles, e que lhe dão uma importancia superior a todos os outros. Aquillo que ouso affirmar acha-se confirmado pela estatistica, que quando é a expressão numerica de factos seriamente verificados, impõe-se solemnemente como os proprios factos, e não é, como diz Championière, a expressão do que o expositor quer que ella diga. A mortalidade e o exito feliz decidem da bondade de um methodo curativo cirurgico e a isto só as estatisticas podem responder-nos.

Tomo emprestados do Dr. Dandolo os dados seguintes:

Mortalidade: Leisrink, sobre 194 operações registra uma mortalidade, em consequencia da operação, de 10,8 por cento.

Anderegg sobre 56 operações, 3,6 por cento.

Itaidentaller, da clinica de Belleoth, sobre 51 operações registra uma mortalidade de 6,25 por cento. Aqui deve-se notar que a estatistica se refere a 136 operações de 1877 a 1889.

Bull 3 casos sobre 134 casos.

Wolter sobre 50 operados, 2 por cento.

Bassini em 262 hernias inguinaes, sobre 216 pessoas, nenhum obito.

Escher registra sobre 52 operações pelo methodo Bassini, dois obitos que elle demonstra imputaveis ao acto operatorio em si.

Svensson e Erdman, nenhum obito sobre 116 casos.

Recahidas: Leisrink dá a cifra de 20 e 1/9 por cento. Anderegg, 39 por cento. Haidenthaller, 32 por cento. Bull 36 por cento approximadamente, isto é, em media de tres grupos de methodos differentes que elle toma em consideração. Wolter 25,9 %. Bassini, em 262 operados teve 7 recahidas sobre 5 pessoas. Escher sobre 30 casos, com o methodo Bassini, 3 recahidas. Os casos de Bassini e de Escher foram todos diligentemente observados. — Svensson e Erdmam 21 % sobre 48 operados. Postempski sobre 170 casos, 6 recahidas, quasi 3 1/2 %

Bassini: operações 262, recahidas 7.

Escher: operações (methodo Bassini) 30, recahidas 3.

Postempski: operações 170, recahidas 6.

Operações 462. Recahidas 16, isto é, quasi 3 1/2 %.

Facilmente se comprehende que esta cifra por um certo numero de casos observados pouco tempo depois da operação póde soffrer modificações, mas a differença entre o resultado dos 2 methodos italianos, e o dos outros methodos é enorme; além d'isto a observação feita póde-se repetir para todas as cifras supra expressas, por se referirem todas ellas a operações praticadas em época não muito remota. E' bom observar que as estatisticas de Leisrink e de Anderegg, etc., são deduzidas de operações na maior parte executadas pelos methodos de Czerny e Macewen, que vão pelo maior. A estatistica, portanto, dada por Championière, das operações feitas pelo seu processo, offerecem os mesmos resultados que as do methodo Bassini e de Postempski. Mas que calculo serio se póde fazer sobre elles, desde que faz applicar aos seus doentes, depois de operados, uma funda especial? A parte

das recahidas, não póde mais ser confrontada com aquelles referidos por nós, sem receio de erro.

São estas as minhas apreciações sobre os methodos expostos, apreciações que não teem a presumpção de indiscutiveis.

Em todo caso, se os methodos de Bassini e de Postempski não são superiores aos outros, mesmos aos mais empregados fóra da Italia, sempre são dignos de serem conhecidos.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Physica Medica

I

Não ha phenomeno sem materia.

II

Não ha phenomeno que não seja a expressão visivel das forças residentes na materia.

III

As forças por si não sãoperceptiveis; mas são precisamente a causa do phenomeno.

Chimica inorganica medica

I

Affinidade chimica chama-se aquella força, pela qual os atomos dos corpos chimicamente differentes se reunem em uma combinação chimica.

II

Conforme esta força é maior ou menor, nós distinguimos affinidades chimicas fortes ou fracas.

III

A força da affinidade chimica mede-se pela quantidade do calor que se desenvolve durante a combinação chimica.

Botanica e Zoologia

I

O castoreo é o conteúdo secco de especiaes orgãos de secreção, em fórma de uma bolsa, do castor (macho e femea).

II

Este conteúdo da bolsa do castor deve ser considerado como o smegma do prepucio. (Weller).

III

As bolsas do *Castoreum canadense offic*, têm geralmente a fórma de um ovo ou de uma pêra, são quasi sempre mais ou menos achatadas, têm um comprimento de 7 a 10 cent.

Anatomia descriptiva

I

Todas as glandulas salivares são construidas sobre o typo das glandulas em fórma de cacho.

II

O conducto escretor principal divide-se repetidamente até ás menores ramificações, cujas estremidades abrem-se em bexiginhas ou bagos agglomerados em fórma de cacho e revestidos de uma rêde de capillares sanguineos. N'esses bagos opera-se a secreção da saliva.

III

Cada bago compõe-se de muitas bexiginhas seminaes adherentes aos ultimos ramos escretores.

Histologia theorica e pratica

I

Os capillares menores têm parede tão delicada e transparente que não se póde vel-a senão no animal vivo quando o vaso está cheio de sangue.

II

E' necessaria muita pratica nos trabalhos microscopicos para observar os capillares vasios.

III

A presença de pequenos corpos alongados e arredondados (nucleos), espalhados na parede e sobre ella, que é transparente, é um dado histologico que pode ser estudado.

Chimica organica e biologica

I

O sangue do homem vivo tem sempre reacção alcalina pela presença do phosphato de soda.

II

A reacção supra obtem-se mediante o papel *tournesol.*

III

Liebreich para tornar evidente a reacção, aconselha colorir com uma solução de *tournesol* uma chapa de alabastro, gesso ou argilla, sobre a qual se faz cahir uma gota de sangue para examinal-a, lavando-se logo em seguida com uma forte corrente de agua.

Physiologia theoretica e experimental

I

As formas vivas da terra estão continuamente sujeitas a uma troca especial de materia.

II

Todos os seres têm a faculdade de apropriar-se das substancias do ambiente e de elaboral-as de modo que representem as suas partes integraes por um tempo mais ou menos longo, depois do qual serão novamente cedidas.

III

A cadeia d'estes phenomenos chama-se troca da materia que se compõe dos seguintes actos: absorpção, assimilação, consumo e excreção.

Pharmacologia e arte de formular

I

Na escolha dos pharmacos deve-se procurar principalmente a simplicidade, procurando corresponder quanto possivel ás indicações casuaes e dieteticas, que devem guiar-nos no curativo.

II

Nunca se deve prescrever remedios demasiado energicos sem necessidade.

III

Quando é necessario reforçar a acção principal do remedio com outras substancias, ou modifical-a, é preciso attender a que não venham a ser alteradas as propriedades physicas e chimicas da substancia principal.

Pathologia cirurgica

I

A cutis do dorso, rica em glandulas sebaceas, é disposta á formação de pequenos carbunculos.

II

Na parte superior do dorso e nas nadegas frequentemente apparecem anthrazes.

III

Uma insurgencia frequente de anthrazes deve despertar a idéa de uma diabetes.

Clinica analytica e toxicologica

I

Na intoxicação aguda pela morphina e pelo chlorophormio algumas vezes encontra-se assucar nas urinas (Levisten) e nunca falha na intoxicação pelo oxydo de carbonio (Jaksch).

II

As soluções de assucar possuem poder reductivo sobre as soluções alcalinas de varios metaes.

III

Sobre esta propriedade baseiam-se as reacções de Trounner (solução alcalina de sulphato de cobre) de Ihling, etc. com as quaes se descobre o assucar nas urinas.

Anatomia medico-cirurgica e comparada

I

As pequenas fossas inguinaes são chamadas externa, media e interna.

II

Estão collocadas em uma linha quasi horizontal, comtudo a pequena fossa media acha-se levemente em posição mais inferior do que as outras duas.

III

As pequenas fossas não são igualmente manifestas em todos os individuos, circumstancia esta que depende da maior ou menor saliencia que sobre a parede abdominal fazem a arteria epigastrica, o cordão das arterias umbilicaes e o uraco.

Operações e apparelhos

I

A ligadura das arterias é praticada com o fim de interromper a corrente sanguinea do coração ou de um ponto do tubo vasal ferido ou alterado (aneurismas).

II

A's vezes no curativo dos aneurismas a ligadura central deve ser preferida á ligadura peripherica (methodo de Brasdor.)

III

Faz-se a ligadura tambem por outras razões, maxime para o fim prophilatico, se uma grande operação envolver a lesão de um grande vaso.

Pathologia medica

I

As rupturas do coração não provenientes de traumatismo, sem razão são chamadas expontaneas.

II

O coração não póde romper-se sem a condição de apresentar uma alteração de suas forças musculares (miocardite, abscesso, degeneração adiposa).

III

A ruptura verifica-se a miudo no coração esquerdo; é muitas vezes longitudinal e de varia grandeza.

Anatomia e physiologia pathologica

I

Na trichinose as notas anatomicas são pouco caracteristicas, feita abstracção das lesões musculares.

II

No intestino delgado encontram-se os signaes do catarrho ás vezes um pouco hemorragico.

III

Nos musculos, da quinta semana em deante, acham-se as trichinas em fórma de pequenas estrias brancas já visiveis a olho nú.

Materia medica e therapeutica

I

A naphtalina é um dos productos da distillação secca das substancias organicas pertencentes á série dos idiocarburos ($C^{10} H^{8}$)

II

Foi encontrada a primeira vez por Garden (1820).

III

A nephtalina goza de propriedades antisepticas e desinfectantes.

Obstetricia

I

A ruptura do utero é rara, mas sempre é devida á distenção excessiva.

II

Em varios casos é provocada pelo que os antigos chamavam rheumatismo uterino e que nós chamamos inflammação parenchimatosa circumscripta ou diffusa.

III

O symptoma pathognomonico desta lesão é o desapparecimento da parte fetal que se apresentava.

Medicina legal

I

O estado de virgindade torna-se a miudo questão seria da medicina legal.

II

No estado de virgindade a mucosa da vagina na direcção do orificio interno deste canal fórma uma valvula semilunar de fórma differente, chamada hymen.

III

Depois da destruição desta membrana ficam os residuos franjados da mesma, os quaes são denominados carunculas multiformes.

Hygiene e mesologia

I

A prophilaxia das pneumoconioses, constitue um vasto capitulo da hygiene profissional.

II

Os operarios devem ser instruidos dos perigos a que se expõem.

III

Estes perigos devem ser diminuidos quanto possivel, mediante uma sufficiente ventilação dos logares de trabalho, com a limpeza, e modificando, quanto seja preciso, a technica.

Pathologia geral e historia da medicina

I

O symptoma cardinal da febre é a elevação da temperatura do corpo.

II

A temperatura diz-se febril quando passa o maximo normal de 37,5° na cavidade axillar.

III

Tambem este gráo de temperatura já deve ser considerado como anormal, quando fôr observado em certas horas como nas da manhã (Guttmann).

Clinica cirurgica 2ª. cadeira

I

A communicação do intestino com o mundo exterior atravez de um sacco hernioso ou das paredes abdominaes chama-se fistula intestinal.

II

Atravez da fistula intestinal passa ao exterior sómente parte do conteúdo intestinal.

III

Se todo o conteúdo do intestino passa ao exterior atravez d'esta abertura, a fistula toma o nome de anus contra natura.

Clinica dermathologica e syphiligraphica

I

Chama-se elephantiasis o engrandecimento adquirido de partes determinadas do corpo.

II

Este augmento é devido em substancia a uma introducção edematica dos tecidos e a um augmento de elementos connectivaes.

III

Em algum raro caso contribue essencialmente ao augmento de volume a dilatação dos vasos lymphaticos.

Clinica propedeutica

I

Os phenomenos da actividade cardiaca que se desunem pela auscultação no estado normal, chamam-se *tonos*.

II

O primeiro tono é exactamente isochrono com a systole dos ventriculos (tono systolico); o 2° cáe no principio da diastole (tono diastolico).

III

Entre o primeiro e o segundo tono existe uma pausa (pausa cardiaca).

Clinica cirurgica: 1.ª cadeira

I

Na luxação eliaca o que impressiona á primeira vista é uma forte rotação interna da perna.

II

Além d'isto o arto é adducto e a flexão póde ser de vario gráo; geralmente não é muito pronunciada.

III

Tem-se encurtamento real do arto que se reconhece com a determinação da posição do trocanthère em relação á linha de Roser-Mélaton.

Clinica obstetrica e gynecologica

I

A amputação do collo do utero é determinada por varias causas e entre outras talvez a mais commum é a metrite chronica com augmento de desenvolvimento do corpo do utero.

II

Executando esta operação é preciso empregar todas as precauções, afim de que não se tenha de verificar em consequencia d'ella o estreitamento do orificio uterino.

III

Os processos que se adoptarem devem tender a este fim.

Clinica ophtalmologica

I

Pterigio chama-se um engrossamento da conjunctiva (em fórma triangular).

II

Geralmente o pterigio apresenta um certo numero de vasos que convergem para o vertice do dito triangulo.

III

Ordinariamente o pterigio não causa disturbio aos doentes.

Clinica medica: 2ª. cadeira

I

Os aneurismas da aorta abdominal têm sua séde principal na tripode de Haller.

II

Em muitos casos se podem sentir atravez os tegumentos abdominaes em fórma de tumor latejante, sobre os quaes ouve-se um tono systolico ou um rumor de sopro.

III

Os possiveis symptomas de compressão são muito variados: podem participar d'elles o estomago, os intestinos, o figado (ictericia).

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Cum morbi summa est vehementia, tunc vel temussimo victu necesse est.

II

Sudor copiosus, calidus aut frigidus semper fluens, frigidus maiorem, calidus minorem morbum significat.

III

Quibus in urina arenosae sunt subsidentiae, iis vesica calculo laborat.

IV

Ex copioso sanguinis fluxu convulsio aut singultus contingens malum denuntiat.

V

Mulieri, menstruis deficientibus, sanguis ex naribus profluens bonum est.

VI

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 1897.

O Secretario,
DR. ANTONIO DE MELLO MUNIZ MAIA.

BIBLIOGRAPHIA

RIZZOLI—Collezione delle memorie chirurgiche.

MORISANI—Sulla cura radicale dell'ernia. Riv. intern. de medic. e ch. 1884—85.

G. DEL GRECO—Cura radicale dell'ernia sciolta, con un nuovo processo.

A. MORESCHI—Contributo alla cura radicale dell'ernie—Rac. med. 1887.

E. BASSINI—Nuovo metodo operativo per la cura dell'ernia inguinale. Padova, 1887.

POSTEMPSKI—Archivio ed atti delle società Italiana de Chir. 1889—90.

MUGNAI—Nuovo processo per la cura radicale dell'ernia inguinale. Rif. med. 1891.

F. PARONA—Della cura radicale dell'ernia inguinale—Gaz. med. lom. 1891.

P. FERRARI—Cura radicale dell'ernia inguinale.

E. BOTTINI—Di un nuovo processo della cura radicale delle ernie. Riforma medica 1891.